



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo final de integración

Trastorno de conducta: descripción y análisis de un caso único

Tutora: Lic. Gabriela Ramos Mejia

Alumna: Alba Andrada

Abril de 2010

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. MARCO TEORICO.....	5
3.1. Trastorno de conducta.....	5
3.2 Etiología de los trastornos de conducta.....	6
3.3 Descripción, definición y clasificación del cuadro según el DSM IV.....	8
3.4. Factores participantes en la presentación del trastorno.....	14
3.5. Diferentes tipos de intervenciones Terapéuticas.....	15
3.6 Enfoque cognitivo.....	16
3.7 Enfoque cognitivo-conductual.....	17
3.8 Características prácticas del modelo cognitivo-conductual.....	18
.....	19
3.9 Enfoque sistémico.....	19
3.10 Algunas consideraciones acerca de la conducta agresiva.....	21
3.11 Algunas consideraciones acerca de las relaciones del niño y su ámbito familiar.....	23
4. METODOLOGÍA.....	25
4.1 Tipo de Estudio:.....	25
5. PARTICIPANTE:.....	25
5.1 Instrumentos:.....	25
5.3. Procedimiento:.....	29
6. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	29
.....	29
6.1 Generalidades.....	29
6.2 Motivo de Consulta.....	30
6.3 Datos relevantes recabados en la entrevista inicial.....	30
La madre del paciente comenta que este hace poco estuvo internado por crisis asmática; que la separación con el padre del niño fue a causa de violencia física hacia su persona y la de Martín, que la familia ha pasado por momentos feos, separaciones, mudanzas, incendio de la casa donde vivían, internación de ella, quedando los niños al cuidado del padre, el niño fue golpeado por su padre y luego abandonado en la casa de un amigo, refiere que ahora esta en pareja nuevamente y que este, trata a Martín como un hijo, comenta que es el que impone las penitencias, que Martín no puede controlar su conducta, esto conlleva a una situación tensionante en la dinámica familiar, y fundamentalmente en la relación de pareja de su mamá causando en ellos un estado de continuas peleas y enojos, especialmente con su hermanita, en cuanto a los adultos, dice que no los respeta mucho por ejemplo a los abuelos maternos.....	30

7. ANÁLISIS DEL CASO.....	31
7.1 Evaluación diagnóstica.....	31
7.2 Diagnóstico Diferencial.....	33
.....	36
8. tratamiento.....	36
9. CONCLUSIÓN.....	48
10. BIBLIOGRAFÍA.....	54

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional V fue realizada en el Hospital Público, ubicado en la Pcia. de Buenos Aires, en el Servicio de Psicopediatría.

Este servicio cuenta con asistencia a niños y adolescentes a través de consultorios externos, estos llegan derivados principalmente de los consultorios médicos del mismo hospital, de escuelas y de salas de atención primaria de la zona, como también por demanda espontánea de los padres.

El desempeño en el Hospital consistió: en el primer mes realizar un recorrido diario por las salas donde se encuentran los niños internados, se obtienen datos socio-ambientales, se detectan situaciones de violencia, etc.

El trabajo en las salas fundamentalmente consiste en el armado de redes familiares, o en todo caso de las personas que sean más allegadas del paciente, que permitan la contención individual y familiar.

En este estilo de acompañamiento surgen demandas espontáneas, pero el trabajo principal que tiene el equipo de psicología, es a través de la derivación del servicio de pediatría del hospital, como también la ínter consulta que piden los médicos de internación cuando consideran alguna cuestión del orden psicológico que pueda estar afectando la evolución del cuadro, se evalúa, con el equipo de trabajadoras sociales las condiciones socio-ambientales de las familias y como esta situación afecta en las relaciones vinculares y vitales de la vida cotidiana de las familias.

Una segunda instancia consistió en la observación de entrevistas de admisión, para luego comenzar a participar en las entrevistas a niños y padres en función de un tratamiento terapéutico, esto llevado a cabo en equipo con los psicólogos de planta y pasantes del Hospital y la supervisión de la Dra. Nora Gelassen.

De la participación en estas entrevistas es que se efectuó la elección del caso, el niño al que se lo denominará Martín y de las entrevistas con sus padres es que surge el presente trabajo, en el que se realiza la descripción de un caso de trastorno de conducta a partir de la experiencia desarrollada durante la práctica de habilitación profesional.

El proceso del abordaje terapéutico fue efectuada desde el marco teórico de la terapia cognitiva-conductual y sistémica que es el modelo con el que el equipo del Hospital realiza las intervenciones.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- El objetivo general de este trabajo es realizar la descripción, de la evaluación y el tratamiento de un niño de 10 años con Trastorno de la Conducta.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descripción de los indicadores de trastorno de conducta del niño.
2. Análisis de la evaluación psicodiagnóstica realizada en el niño.
3. Realizar el diagnóstico diferencial del caso con un Trastorno del Control de los Impulsos y otros Trastornos.
4. Describir y analizar las diferentes intervenciones efectuadas desde el enfoque cognitivo-conductual y sistémico.

3. MARCO TEORICO

Dentro de los trastornos de conducta suelen incluirse a los pacientes con diagnósticos tales como: trastorno por déficit de atención; oposicionistas; desafiantes; de conducta; disocial y problemáticas variadas, todas relacionadas con el manejo y regulación de las emociones, y el control de los impulsos.

Debido a los solapamientos diagnósticos en la infancia y la adolescencia, diferentes autores en Trastornos de Conducta eligen tomar el control de impulsos como una dificultad en común a tratar en estos casos (Kendall & Braswel, 1997; Greene, 2006 citado en Bunge, Gomar, Mandil, 2008).

La impulsividad es uno de los tres problemas claves en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, juega un rol importante en muchas dificultades de aprendizaje y ha sido implicada en muchas formas de comportamiento agresivo (Kendall & Braswel, 1997 citado en Bunge et al. 2008).

Por otra parte, es esta dificultad en el autocontrol la que ocasiona un intenso afecto negativo en las personas con las que interactúan, compañeros padres y profesores. Debido a estos problemas en las relaciones interpersonales y en su adaptación a las reglas de diferentes contextos normativos y/o estructurados como la escuela, es que suelen ser derivados a consulta psicológica. La conducta agresiva genera problemas a nivel de las relaciones y el aprendizaje.

3.1. Trastorno de conducta

Se entiende por trastorno de conducta una alteración del comportamiento, que frecuentemente se diagnostica en la infancia, teniendo en cuenta además que los trastornos de conducta se caracterizan por la presencia de múltiples problemas de conducta, por lo que la mejor estrategia es aplicar paquetes multimodales de tratamiento. (Friedberg & McClure, 2005)

Un informe del U.S. Surgeon General (1999, citado en Friedberg & McClure, 2005), señala que los trastornos de conducta se caracterizan por la presencia de conductas antisociales como la agresión, la desobediencia, la oposición, la rebeldía y el menosprecio de las personas y los derechos de propiedad. (Citado en Friedberg & McClure, 2005).

Los trastornos de conducta implican la presencia de patrones repetitivos en que los niños violan los derechos de los demás y las normas que corresponden a su edad (American Psychiatric Association, 1994; Kazdín, 1997. Citado en Friedberg & McClure, 2005).

Se puede decir que más allá de las diferentes posturas con respecto al origen de los trastornos de conducta, existe cierto acuerdo científico en que se trata de un grupo de alteraciones del comportamiento y que esto deriva en actitudes antisociales implicando una desobediencia a las reglas sociales. Esta desobediencia comienza usualmente a temprana edad y produce efectos disruptivos en los ámbitos en los que el niño se desenvuelve, continuando en la adolescencia llegando a la edad adulta en un 60% de las personas, muchas veces de formas atenuadas soliendo pasar desapercibida la mayoría de las veces.

Los actos más violentos se sitúan entre los 9 y los 17 años y la tendencia es que a cuanto más tempranamente surja, será más difícil lograr su reversión.

3.2 Etiología de los trastornos de conducta

Bandura (1987), señaló que toda conducta es aprendida, por lo tanto la conducta agresiva también, por medio de la imitación y de la gratificación; dice que las personas no nacen con un repertorio de conductas agresivas, sino que las

aprenden. Algunas formas elementales de las mismas requieren escasa práctica, pero las conductas más agresivas resultan más complejas y exigen un proceso de aprendizaje.

Para Bandura las fuentes más importantes para el aprendizaje de la conducta agresiva son:

- La familia
- La subcultura
- Los medios de comunicación de masas

Según Bandura el reforzamiento de la conducta y la observación de un modelo llevan al fortalecimiento de los hábitos y a la ampliación de un repertorio de conductas.

Hay desacuerdos en cuanto a lo que origina el trastorno, ya que mientras algunos trabajos creen ver causas neurológicas en su origen, sobre todo por afecciones en el lóbulo frontal, aunque no se especifican cuáles, (Goldstein & Keller, 1991) otros hablan de causas sociopsicológicas como disparadores o generadores de dichas conductas. Entre estas últimas, se citan el abandono parental, las malas compañías, el bajo nivel socioeconómico, ser víctimas de abuso sexual, el consumo de estupefacientes y tabaco (por parte de las madres y de los niños, que cada vez lo hacen a edades menores), entre otras. (Citado en Friedberg & McClure, 2005).

Barkley (2000), postula que las conductas disfuncionales se deben a la relación entre los siguientes factores:

- **Características del niño:** Como los factores neurobiológicos, los cuales influyen en su temperamento y en el funcionamiento de las áreas de la corteza prefrontal orientadas a la planificación, inhibición y control de las conductas. Los factores psicológicos, que desde una perspectiva cognitiva comprenden tanto al déficit como a la distorsión del procesamiento de la información y funciones del autocontrol del niño.

- **Estresores ambientales:** Comprenden las características de los ambientes de crianza, y desarrollo del niño atendiendo a las modalidades de organización y estrategias para la resolución conjunta de problemas.
- **Consecuencias:** Refuerzo positivo y negativo de los comportamientos disfuncionales. Los reforzadores externos consisten en aquellas consecuencias presentes en el contexto, que aumentan la probabilidad de aparición de una conducta determinada.
- **Característica de los padres:** Patologías mentales en figuras significativas.

Por otro lado, Green y Ablon (2006, citado en Bunge, et al. 2008), postularon recientemente que las conductas explosivas de los niños pueden deberse a una incompatibilidad de características entre los padres y los niños. Estos pueden presentar déficit en la flexibilidad o adaptabilidad, en la tolerancia a la frustración y/o en la resolución de problemas, los cuales serían producto de las dificultades en las funciones ejecutivas, habilidades de procesamiento verbal, regulación de emociones (crónicas no momentáneas), flexibilidad cognitiva (Ej. Pensamiento Todo o Nada, Concreto) y/o en las habilidades sociales.

En tanto las teorías fisiológicas admiten, en cuanto a la etiología alguna incidencia de los factores ambientales como productores de estos desarreglos.

Hay que tener en cuenta asimismo el aspecto sociológico y esto tiene que ver con cómo juegan su rol los adultos frente a los menores. Lo primero que se debe tener en cuenta es: la sobreexigencia, pero también la falta de autoridad, la poca madurez, la sobreprotección y otras actitudes de los adultos que ponen en riesgo a niños y adolescentes.

Patterson (1982, citado en Giusti, Helou, Abadi, 2004), desde la teoría del aprendizaje social sugiere considerar especialmente los circuitos negativos de interacción, ya que estos son determinantes en el desarrollo del aprendizaje de patrones de respuesta agresivas y violentas, por parte del niño, dado que una vez que dicho circuito de interacción negativa –irritable-agresivo, entre padres e hijos se

activa, sea cual sea el factor de riesgo que lo puso en marcha (temperamento difícil, e hiperactivo del niño; psicopatología de los padres; conflictos de pareja; stress económico etc.) ese patrón se retroalimenta a sí mismo y se hace estable. Esta incompetencia en los padres y las respuestas agresivas en el niño tienden a reforzarse aún cuando los factores de riesgo hayan disminuido o desaparecido.

3.3 Descripción, definición y clasificación del cuadro según el DSM IV.

Los síntomas a los que hay que prestar atención en los trastornos de conducta pueden dividirse en cuatro categorías:

1) **Conducta agresiva:** Entre otras, intimidaciones, agresiones, crueldad hacia personas o animales, bulling (acoso a otros), tendencia a provocar o a participar en peleas y, en algunos casos extremos, como se han difundido en los últimos tiempos, exhibición y utilización de armas.

2) **Conducta destructiva:** Tendencia al vandalismo, la destrucción de cosas y la irrupción en hogares y vehículos ajenos.

3) **Conducta engañosa:** Consiste en mentiras, hurtos, engaños.

4) **Violación de reglas:** Escaparse del hogar, no respetar horarios, realizar bromas pesadas, contravenir insistentemente las normas de convivencia

También estos niños/adolescentes, suelen sufrir depresiones y melancolía, producto del deterioro de sus relaciones sociales por el rechazo que provocan.

No es que todos estos indicadores deban darse concomitantemente (aunque tienden a asociarse varios de ellos), ni en sus formas más graves, sino que su adecuación al diagnóstico será establecido por el profesional en la materia.

Si el niño sólo se comporta inadecuadamente en el ámbito escolar o en el hogareño, por ejemplo, resulta altamente probable que haya algo de ese entorno que lo perturbe y que propicie sus actitudes. Y en muchas ocasiones es posible que una exigencia demasiado alta de los padres y de la institución escolar a la que concurre se combinen para lograr alterar sus patrones de conducta.

Respecto del tiempo de persistencia de estos síntomas, hay que tener en cuenta que es posible que existan circunstancias que hagan que la conducta se altere

temporalmente. La separación de los padres, las mudanzas entre ciudades o países, el cambio de escuela o de docente, el nacimiento de un hermano, la pérdida de un ser querido son algunos de los sucesos más frecuentes que suelen desestabilizar temporalmente. Es requisito entonces que estas conductas permanezcan en el tiempo para que el diagnóstico sea adecuado, el que debe ser de por lo menos seis meses.

Establecer que un niño o adolescente los presenta parece ser un hecho:

- Si existe alguien que muestra las conductas disruptivas señaladas.
- Todos pueden apreciarlas, porque son evidentes.

Es necesario que éstas sean constantes en el tiempo y en todos los ámbitos. Sin embargo, el diagnóstico de estos trastornos en muchas ocasiones no respeta tales requisitos y muchas veces la consulta se produce por problemas de comportamiento en la escuela.

El DSM IV describe el llamado trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador y dentro de esta clasificación mayor considera tres tipos de trastornos:

- Trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado
- Trastorno Disocial
- Trastorno Negativista Desafiante

Según el DSM IV la característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente siendo este desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos:

- Accesos de cólera , discusiones con adultos , desafiar altivamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarían a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo.

- Para calificar el trastorno negativista desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observadas en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos.

La hostilidad puede dirigirse a los compañeros o a los adultos y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediéndolos verbalmente (normalmente, sin las agresiones físicas más serias que se observan en el trastorno disocial). El trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y, por lo tanto, puede no manifestarse durante la exploración clínica.

Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a si mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables.

El trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses y años. En una proporción significativa de casos, el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial.

El trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en 4 grupos:

- ❖ Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales,

- ❖ Comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daño a la propiedad
- ❖ Fraudes o robos
- ❖ Violaciones graves a las normas.

Tres (o más) comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses. El trastorno de comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad. Los niños y adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros. Pueden desarrollar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio, iniciar peleas físicas frecuentes; utilizar un arma que puede causar daño físico grave (por Ej. ladrillo, botella rota, navaja o pistola)

Muchos niños con este subtipo también sufren un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los sujetos con tipo de inicio infantil tienden a presentar un trastorno de conducta persistente y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en su etapa adulta con una mayor probabilidad que los sujetos con tipo de inicio adolescente.

El trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado incluye trastornos caracterizados por un comportamiento negativista desafiante que no cumple los criterios de trastorno disocial ni de trastorno negativista desafiante. Por ejemplo, incluye cuadros clínicos que no cumplen todos los criterios ni de trastorno negativista desafiante ni de trastorno disocial, pero en los que se observa deterioro clínicamente significativo.

Por lo tanto la terapia consiste en realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno del control de los impulsos y otros trastornos de conducta.

Los trastornos en el control de impulsos se definen como la incapacidad para resistir o manejar un impulso que es peligroso para otros o para sí mismo, de etiología desconocida y curso crónico que suele verse agravada por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas; algunos pacientes presentan EEG anormal y

signos neurológicos levemente patológicos. El impulso es una sensación de tensión que se va incrementando hasta el momento de cometer el acto, para luego del mismo experimentar placer y gratificación o simplemente la liberación de la tensión acumulada. Esta acción puede o no verse acompañada de culpa o autorreproche (American Psychiatric Association, 1994).

La agresión, es una respuesta o reacción a diferentes condiciones del medio externo o interno caracterizada por la expresión de un ataque no planeado contra sí mismo, contra objetos o contra otros individuos y que en muchos casos puede sugerir una afección orgánica cerebral. (Goldstein & Keller, 1991).

En cuanto al diferencial de diagnóstico es el trastorno explosivo intermitente, este trastorno se encuentra dentro de la categoría de los trastornos del control de los impulsos. Se caracteriza por el fracaso a la hora de resistir los impulsos agresivos, dando como resultado asaltos graves o destrucción seria de propiedades. Ejemplos de este comportamiento incluyen amenazar o herir a otra persona o romper o dañar intencionadamente un objeto de valor. En algunas ocasiones la intensidad de los mismos puede incrementarse con el tiempo.

Los niños con un trastorno explosivo intermitente describen a veces impulsos agresivos intensos antes de sus actos agresivos, y no son capaces de resistirse a dichos impulsos, cediendo ante ellos. Los episodios explosivos pueden estar asociados a síntomas afectivos como irritabilidad o rabia, energía creciente y pensamientos que aparecen con gran rapidez, durante los impulsos y las conductas, así como una rápida aparición de un estado de ánimo deprimido y fatiga después de las conductas agresivas.

Debe diferenciarse del trastorno explosivo aislado en el que sólo se presenta un episodio breve de violencia con conducta desproporcionada. Entre los episodios pueden encontrarse signos de impulsividad generalizada y agresividad. En individuos con trastorno de personalidad narcisística, obsesiva, paranoide o esquizoide pueden presentarse episodios explosivos de rabia cuando son sometidos a situaciones estresantes.

Otro diferencial de diagnóstico es la agresividad. El término agresión se aplica a un rango de conductas que subyacen a diversas motivaciones. En animales estas conductas son de dos tipos:

- Predatoria (satisfacción de necesidades básicas)
- Defensa (a partir de la experimentación del dolor).

En la agresión humana intervienen muchos más factores como el género y la psicopatología.

El grado de agresividad expresado durante un episodio está fuera de proporción respecto a cualquier provocación o estrés situacional. El niño puede describir los episodios como "ataques" en los que la conducta explosiva está precedida por una sensación de tensión o activación y seguido inmediatamente por una sensación de alivio. A menudo, tras el estallido aparece un arrepentimiento sincero. Más tarde, el niño puede sentir también remordimiento o vergüenza por su comportamiento.

Los episodios agresivos no son explicados por ningún otro trastorno psicológico (como el trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, un trastorno psicótico, un episodio maníaco, un trastorno de la conducta, o un trastorno de déficit de atención con hiperactividad), por lo que es necesario descartar si la causa del comportamiento violento es debida a un trastorno médico no psiquiátrico o al consumo de sustancias psicoactivas (delirium). (APA 1994).

3.4. Factores participantes en la presentación del trastorno

En la niñez no se puede afirmar que hay una variable única que aparezca como causa de psicopatología. Se entiende que el comportamiento está multideterminado por un número de factores causales, (biológicos, genéticos, interpersonales y ambientales) que interactúan contribuyendo al desarrollo patológico. Pero existe evidencia empírica concerniente a que la intervención sobre el procesamiento individual de información, presenta importante incidencia sobre las

manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck A., Clark D., 1997 citado en Bunge, et al. 2008).

A veces la superposición de los síntomas entre los distintos trastornos posibilitan diagnósticos múltiples en el momento de la presentación inicial, por lo que es necesario contar con diversos instrumentos que faciliten el mismo: como diferentes tipos de técnicas, cuestionarios y fundamentalmente las entrevistas con el niño y los padres, esto determinará si el niño exhibe los síntomas característicos del trastorno y si cumple con los criterios.

Es conveniente señalar algunas conclusiones recientes acerca de la disfunción familiar por ser considerada como uno de los factores de riesgo en la génesis, evolución y desarrollo de los desordenes de conducta disruptiva.

Las estadísticas revelan una relación cada vez más estrecha entre el debilitamiento de las relaciones familiares y el aumento de la marginalidad y la delincuencia. Recientes estudios muestran una fuerte relación entre la disfunción familiar, el auto concepto-autoestima- y la conducta disruptiva en los adolescentes. (AACAP 2003 citado en Giusti et al. 2004).

Según Giusti (2004) es menester considerar el rol del ambiente y la prevención como clave de intervención, se han encontrado similitudes entre las manifestaciones conductuales de ciertos niños con experiencias de vínculos tempranos inseguros y las conductas disruptivas, esto a llevado a concluir que las conductas oposicionistas y disruptivas son señal de una paternidad poco consistente y sensible con las demandas del niño.

Numerosos trabajos han identificado algunas variables familiares que intervienen en el refuerzo y mantenimiento de los problemas de conducta oposicionista, desafiante, agresiva en los niños.

3.5. Diferentes tipos de intervenciones Terapéuticas.

Autores como Goldstein y Keller, (1991); (Bunge, et al. (2008); Friedberg y McClure (2005) sostienen que las alteraciones conductuales infantiles son las que

más preocupan a padres y educadores, tanto por sus repercusiones negativas como por la gran resistencia que ofrece a sus intentos de control.

Para comenzar a desarrollar la estrategia de intervención a seguir en un proceso terapéutico es necesario realizar un psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es una forma de evaluación psicológica, es un proceso de toma de decisiones que implica una extensión en el tiempo. Para realizarla se utilizan técnicas para analizar los diversos comportamientos humanos a fin de comprenderlos, se utilizan ciertas técnicas tales como las proyectivas, entrevistas semi dirigidas y entrevista devolutiva, entre otras. El psicodiagnóstico forma parte de la evaluación psicológica. (Casullo, 1996)

La diferencia entre el psicodiagnóstico y la evaluación esta relacionada con la especificidad del campo de aplicación de esta última. La evaluación tiene un campo de aplicación amplio y relacionado en general con un segmento de la conducta manifiesta de los sujetos evaluados. El psicodiagnóstico tiene un campo de aplicación específico en la clínica, procura evaluar globalmente y lo más profundamente posible a la personalidad del sujeto o su grupo familiar, y enmarcarlos dentro del plano salud-enfermedad. (Casullo, 1996).

3.6 Enfoque cognitivo

El enfoque de la Terapia Cognitiva, se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en la generación de las emociones. Este enfoque sostiene que el cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirá a cambios en las conductas y en las emociones.

En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento. Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales.

La terapia cognitiva, utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos de condicionamiento clásico y operante. (Hart & Morgan, 1993 citados en Friedberg & McClure 2005).

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977; Rotter, 1982, citado en Friedberg & McClure), se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinaran mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Según Beck; Padesky y Greenberg, (1995, citados en Friedberg & McClure, 2005), la terapia cognitiva sostiene que hay cinco elementos que deben tenerse en cuenta en el momento de conceptualizar las dificultades psicológicas humanas, y estos son:

- El contexto interpersonal y ambiental.
- La fisiología.
- Las emociones.
- La conducta.
- La cognición.

De acuerdo con el modelo cognitivo entonces, teniendo en cuenta lo antes descrito, el trastorno psicológico se caracteriza por esquemas idiosincrásicos desadaptativos que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente. Esos esquemas desadaptativos tienden a ser rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos.

3.7 Enfoque cognitivo-conductual

En la terapia cognitiva conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos y denominados distorsiones cognitivas que ejercen un efecto adverso sobre las diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales, por lo tanto, la reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades conductuales colaboran en mejorar el estado de los pacientes.

Para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, la terapia cognitiva conductual utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta.

Todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. De manera que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

3.8 Características prácticas del modelo cognitivo-conductual

Oblitas y Contreras (2005) en Terapia Cognitivo Conductual: Teoría práctica, enuncian las características del mencionado modelo terapéutico.

- ✓ Se destaca de otras terapias por su brevedad.
- ✓ Está centrado en el presente (en el "aquí y ahora"), en el problema y en su solución.
- ✓ Tiene carácter preventivo en relación a futuros trastornos.
- ✓ Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente (estilo de cooperación) y por igual en el proceso.
- ✓ El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones.
- ✓ Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes.

- ✓ El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.
- ✓ Va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.

3.9 Enfoque sistémico

La intervención sistémica plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. No interesa un individuo “enfermo” sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención.

La intervención sistémica utiliza la interacción como elemento de trabajo y comunicación. Es así que no se centra en el “¿por qué?” un individuo acciona de determinada manera sino en el “¿como?” lo hace. De igual manera no importa quién hace qué, sino ¿cuándo? se realiza una determinada conducta.

El enfoque sistémico abrevia en la Teoría General de Sistemas, en la Cibernética y la Teoría de la Comunicación.

Teoría General de los Sistemas: Según esta teoría un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto). Según la teoría general de los sistemas cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Desde el enfoque sistémico toda familia es un sistema, ya que es un conjunto de personas que interactúan entre si y la variación de uno de ellos, produce una variación en el resto

Teoría Cibernética: La cibernética toma como sus dominios el diseño y aplicación de los principios de la regulación y comunicación y trata las modalidades

de comportamiento de las cosas, asimismo ha desarrollado preocupación por una amplia gama de procesos que involucran a las personas como organizadores activos.

Un concepto muy importante o casi fundamental en cibernética es el de la retroalimentación. La retroalimentación parte del principio de que todos los elementos de una totalidad de un sistema deben comunicarse entre sí para poder desarrollar interrelaciones coherentes. Sin comunicación no hay orden y sin orden no hay totalidad, lo que rige tanto para los sistemas físicos como para los biológicos y los sociológicos.

La cibernética se ocupa de las retroalimentaciones, de las regulaciones, de los controles, de las condiciones de estabilidad de los sistemas complejos, y por otra parte, de la naturaleza de la información y de su transmisión.

La retroalimentación puede ser positiva, negativa o compensada. La retroalimentación es negativa cuando su función consiste en contener o regular el cambio, es positiva si amplifica o multiplica el cambio en una dirección determinada y se dice que es compensada cuando un regulador ejerce alternadamente retroalimentaciones positivas y negativas.

Teoría de la Comunicación: De esta teoría toma como fundamental axioma básico, “La imposibilidad de no comunicarse” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1976), en este sentido todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para el resto de los integrantes del sistema.

La comunicación implica considerar no solo el nivel semántico de una comunicación (nivel digital), sino también el emisor, el receptor, el entendimiento de un mensaje, la interacción, la puntuación de las secuencias comunicacionales entre los participantes, etc. (nivel analógico). Vale destacar que los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin que el comienzo o finalización estén precisados claramente. Por lo que la teoría general de los sistemas se interesa por la manera en que los participantes en la comunicación, marquen, pauten o dividan las secuencias de comunicación, y como estas se acomodan como causas y efectos de las interacciones. (Satir, 1999).

La terapia sistémica utiliza también conceptos evolutivos, por ejemplo, al considerar diferentes etapas de desarrollo, dentro de un sistema familiar (noviazgo, matrimonio, procreación; o niñez, adolescencia, maduración).

El contexto más significativo es la familia, la cual se entiende como un sistema. Así, las disfunciones de los individuos se consideran en relación con los comportamientos y las expectativas de los otros miembros del sistema en el cual evolucionan y se mantienen.

La vida familiar es un proceso que se desarrolla en el tiempo y que atraviesa distintos momentos, y esto lleva a que estos grupos familiares deban desarrollar diferentes tareas a lo largo de toda su evolución.

Este tema ha sido desarrollado por diferentes autores.

Minuchín, (1992); Haley (1988) y Erikson (2000) han utilizado un ciclo de vida, basado fundamentalmente en los hijos, y han considerado diferentes etapas con demarcaciones claras entre ellas. Consideran que los momentos más difíciles para las familias son casualmente los momentos en que la familia debe cambiar de una etapa a la otra, lo que implica abandonar las pautas de interacción que habían logrado y buscar nuevas pautas.

Los momentos que implican mayores cambios son especialmente cuando se incorporan personas a la familia (casamientos, nacimientos, noviazgos, etc.) y cuando personas que pertenecían a la misma la dejan (sea por mudanzas, casamientos, muertes, etc.). Si bien son momentos evolutivos, que generalmente se relacionan a un crecimiento de uno de los miembros, también son considerados momentos de crisis y por lo tanto de gran movilidad para todos los miembros.

De esta manera cobra importancia no sólo lo que ocurre en cada una de esas fases, sino también las crisis que acompañan el paso de cada fase evolutiva hacia otra. La manera en que se modifican las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse, las nuevas pautas de organización, etc.

3.10 Algunas consideraciones acerca de la conducta agresiva

No resulta difícil apreciar situaciones de agresión en nuestra vida cotidiana o a través de los medios de comunicación.

Bandura (1990) considera que la agresión se aprende mediante un proceso de aprendizaje social y que estas son conductas indeseables que pueden ser eliminadas mediante procedimientos de modificación de conductas, para Lorenz (1966, citado en Goldstein & Keller, 1991), en cambio la agresión es un impulso innato inevitable que ha desempeñado una función más en la historia de la evolución del ser humano

El modelo del aprendizaje social de Bandura, plantea que la agresividad es producto de dos procesos, constituyentes de todo aprendizaje vicario: la adquisición de conductas nuevas que se realiza a partir de la observación de modelos significativos, a través de un proceso de modelado y que la mantención de las conductas agresivas se basa en procesos de condicionamiento operante

La teoría conductual da fundamental importancia, en la explicación de la conducta agresiva, a los factores ambientales presentes y la relación de estos con la conducta. En este sentido las variables determinantes de la agresión se pueden clasificar en función del tipo de condicionamiento efectuado, respondiente u operante.

Friedberg y McClure (2005) distinguen entre agresiones manipulativas y hostiles; refiriéndose a agresiones manipulativas cuando el niño utiliza manifestaciones agresivas como un medio para conseguir determinados fines. Este tipo de agresiones está relacionado con el control del entorno y la conservación de la propia identidad. En tanto que habla de agresiones hostiles cuando las conductas agresivas no se utilizan como medio, sino que constituyen el fin de la conducta del niño, hacer daño por hacer daño.

El estudio de los factores vinculados al desarrollo y manifestación de conductas agresivas ha sufrido ciertos cambios en las últimas décadas. Así, por ejemplo, se han dejado de valorar las predisposiciones constitucionales como el factor más relevante, para resaltar la importancia de los procesos de aprendizaje social. Rutter (1996) y Olweus (1979), citados en Friedberg & McClure, (2005), han encontrado en sus investigaciones relaciones significativas entre distintos estilos de

interacción paternos y la aparición de conductas agresivas. Dichos estilos se caracterizan por:

1. Rechazo a los hijos.
2. Falta de sensibilidad ante las necesidades del niño.
3. Inconsistencia de las estrategias de control. (Padres permisivos y/o autoritarios).

Estas relaciones de interacción y la manifestación de conductas agresivas se observan también en ambientes extrafamiliares, especialmente en el entorno educativo. Si bien todos estos factores: estilos interactivos; predisposiciones constitucionales; procesos de aprendizaje social, pueden tener una mayor o menor influencia en el desarrollo de conductas agresivas; existen además situaciones que facilitan la manifestación e intensificación de dicho comportamiento.

Un planteamiento educativo que se sustente en la homologación de los individuos y en la relación de competencia y rivalidad, puede generar o favorecer en los niños sentimientos de inseguridad personal, ansiedad, dificultades de integración y consecuentemente conductas antisociales y más concretamente comportamientos agresivos. Sin embargo el contexto educativo institucional, puede proporcionar múltiples posibilidades de interacción más entre iguales y con los adultos significativos para el niño, para no sólo evitar o corregir la aparición de conductas antisociales, sino poder compensar las influencias negativas procedentes de otros contextos de convivencia.

3.11 Algunas consideraciones acerca de las relaciones del niño y su ámbito familiar.

En este apartado se intentará describir la evolución de las relaciones familiares a través del tiempo, teniendo en cuenta que, hace un siglo las relaciones se circunscribían básicamente a las distancias que podían recorrerse. El entorno social desde el nacimiento hasta la muerte era bastante constante, el número de personas con las que uno interactuaba a lo largo de su vida podía ser contado. Las interacciones fundamentales eran cara a cara. En la actualidad las interacciones aumentan continuamente en cantidad, variedad, frecuencia y también duración; Gergen (1992) nos habla de relaciones de microondas (en poco tiempo quedan

cocinadas, se aplica un calor intenso con el objeto de obtener de inmediato lo que habrá de alimentarnos). Los niños del siglo pasado no tenían acceso a la vida de los adultos. En la actualidad la TV los pone al tanto de cómo son las relaciones de estos, y con el acceso a la TV por cable, el horario de protección al menor es una utopía. El cambio de posición de la mujer dentro de la sociedad, lo que algunos autores llaman la revolución más importante de todos los tiempos, por la cantidad de personas en el mundo que ha involucrado; estos cambios de roles junto con las nuevas formas de relación para las cuales aún no existen nombres que den cuenta de ellas, “el novio de mamá”, “la pareja de papá”, relaciones intensas, no ocasionales, con gran compromiso afectivo, que no conviven, o lo hacen sólo los fines de semana o durante las vacaciones y que muchísimas veces no tienen el proyecto de convivir y menos aún el de procrear (por imposibilidad biológica o por propia elección), han modificado a nuestras familias y al concepto de familia, aunque no se ha modificado lo esencial de ella, ya que sigue siendo la institución cuya función fundamental es responder a las necesidades y las relaciones esenciales para el futuro del niño y su desarrollo psíquico.

La familia aparece como la instancia primaria donde se experimenta y organiza el futuro individual, es el lugar de la construcción de la identidad, y constituye el primer paso importante hacia la cultura.

La necesidad de un grupo íntimo de humanos para la sobrevivencia de los bebés, es algo que ya nadie pone en discusión, y no solamente en nuestras primeras etapas sino también a lo largo de nuestra vida, este grupo de íntimos tiene una importante función en nuestra forma singular de ser.

La familia no es una entidad estática, está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales, según Minuchín (1992) considerar a los seres humanos fuera del cambio y del tiempo responde sólo a una artificial construcción lingüística, dice también que la familia está de continuo sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera, sostiene así mismo que el cambio es la norma, una observación prolongada de cualquier familia revelaría notable flexibilidad, fluctuación constante y probablemente, más desequilibrio que equilibrio.

Como todo los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución, aunque la familia sólo puede fluctuar dentro de

ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo sin embargo su continuidad.

A lo largo del ciclo de vida, el grupo familiar debe afrontar diversas demandas individuales, intrafamiliares y externas que son generadoras de tensión dice Gimeno (1999) que estas tensiones que vive la familia en cada momento evolutivo, variaran en función de los factores desencadenantes y de los recursos que la misma posea para hacerles frente.

El contexto en el cual se desarrolla la familia es otro elemento que influirá positiva o negativamente en su desarrollo, Gimeno (1999) dice que:

La sociedad espera que cada familia se ajuste a un ciclo normativo, más o menos flexible y que estas expectativas ejercen una presión a la que la familia trata de adaptarse, y que la familia que no se adapta al ciclo normativo tiene que ejercer un esfuerzo para compensar la presión social. (p. 67)

En tanto que es un sistema abierto, la unidad familiar intercambia continuamente informaciones con su entorno, de la misma manera que con su medio interno. Una familia tiende a preservar su estabilidad, a salvaguardar su equilibrio y lo hace mediante feedbacks negativos puestos en juego en respuesta a todo comportamiento de sus miembros o a toda información que tiene por efecto desestabilizarla. La familia no puede mantener indefinidamente el mismo equilibrio, atravesando periódicamente crisis que la llevan a modificar su equilibrio adaptándose a las nuevas necesidades de sus miembros o a las exigencias de su entorno. Cambia dando feedback positivos. La capacidad de cambio de las familias depende de su grado de apertura.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio:

- Descriptivo
- Estudio de un caso único

5. PARTICIPANTE:

Para la realización de este trabajo final de integración, se trabajó en el análisis y seguimiento de las conductas observadas de un paciente, un niño al que denominaremos Martín, de diez años de edad, el cual tiene como diagnóstico presuntivo un trastorno de conducta del tipo negativista desafiante, esto según la clasificación de DSM-IV.

5.1 Instrumentos:

Administración de técnicas: Se administraron técnicas cognitivas conductuales, estas se apoyan en las habilidades verbales y cognitivas, también en métodos de autocontrol y autoinstruccionales, se asignan tareas para la casa que se deben diseñar en colaboración con el paciente (Friedberg & McClure, 2005).

5.2 Evaluación

Los tests utilizados fueron:

➤ **Test de Bender:** Evalúa la integración visomotora, permite determinar la madurez para el aprendizaje, predicción del desempeño escolar, diagnóstico en problemas de lectura y aprendizaje. Se pueden obtener indicadores emocionales y detectar posible existencia de lesión cerebral (Bender, 1987).

Puede diferenciar:

- Retrasos globales de maduración
- Incapacidades verbales específicas
- Fenómenos de disociación que perturban el conjunto de la personalidad
- Desórdenes de la impulsión
- Desórdenes perceptivos
- Desórdenes confusionales

Permite hacer un diagnóstico diferencial entre psiconeurosis, psicosis-esquizofrenias y deterioros orgánicos-disfunciones neurológicas.

El test de Bender es un material que consiste en nueve tarjetas con figuras geométricas que deben ser copiadas por el paciente, la consigna es decirle al niño que

se le mostrará unas tarjetas con dibujos para que trate de copiarlas, se le entrega una hoja en blanco y un lápiz.

➤ **Test de la Casa, el Árbol y la Persona.**

(H-T-P): es un test proyectivo, basado en la técnica gráfica del dibujo a través del cual se puede realizar una evaluación global de la personalidad y estado de ánimo emocional de una persona. El dibujo es un lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más profundos de la personalidad. Permite obtener información acerca de la manera en que un sujeto experimenta su yo en relación con los demás y con su ambiente familiar. (Hammer, 1999).

Facilita la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto y preocupaciones, así como aspectos específicos del ambiente que encuentra problemáticos. Permite evaluar las reacciones del sujeto frente a una situación poco estructurada. Adecuado para situaciones donde es difícil la comunicación verbal directa de material conflictivo por obstáculos en la habilidad verbal o motivacional.

La casa, como lugar de vivienda, genera asociaciones con la vida en el hogar y las relaciones interfamiliares. El árbol, y la persona ponen de manifiesto aspectos de la imagen corporal y del concepto de sí mismo; permiten la transmisión de conflictos y defensas y conocer la estructura de la personalidad del examinado (Hammer, 1999). Suele utilizarse en un ambiente individual como parte de la evaluación inicial o dentro de una intervención terapéutica con un paciente.

La consigna es realizar un dibujo que contenga un árbol, una casa y una persona. Se le suministra una hoja y lápiz.

➤ **Test de Persona Bajo la Lluvia**

El test de la persona bajo la lluvia, es una técnica gráfica proyectiva, cuya consigna (dibujar una persona bajo la lluvia), invita al evaluado a colocarse bajo condiciones ambientales desagradables para acceder a los pliegues más profundos de su intimidad

Mide aspectos defensivos ante una situación desfavorable. Se trata de un test complementario y por lo tanto se encuentra siempre integrado a una batería de tests. Produce un mínimo de ansiedad y requiere poco tiempo.

La persona bajo la lluvia agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual sintiéndose forzada a recurrir a defensas antes latentes. Puede administrarse en forma individual tanto como grupal, es apropiado para todas las edades y puede utilizarse en diversos ámbitos (Querol y Chávez Paz, 2000).

➤ **Escala de Autoconcepto:**

Escala psicométrica elaborada por E. Piers y D. Harris, (1964) y adaptada en Argentina en el año 1990 por la Dra. Casullo (Casullo, 1990). Consiste en un cuestionario integrado por 80 ítems, cada uno de ellos plantea una opinión o un sentimiento respecto a sí mismo y debe responderse de acuerdo a los ítems por SI o por NO. Evalúa el autoconcepto o concepto que de sí mismo tiene un niño o un adolescente. El autoconcepto es definido en términos de una serie de actitudes relativamente estables que reflejan una evaluación de comportamiento y atributos personales. (Casullo, 1990). La obtención de los puntajes corresponde a seis subescalas:

1-Comportamiento: evalúa conductas relacionadas con la convivencia.

2-Status intelectual y escolar: refleja los sentimientos relacionados con logros académicos

3-Imagen corporal: indaga actitudes hacia el propio cuerpo, así como ciertas habilidades sociales.

4-Ansiedad: reacciones predominantemente afectiva.

5-Popularidad: refleja la autoevaluación en función de la comparación con pares

6-Bienestar y satisfacción: evalúa la posibilidad de sentirse satisfecho con la forma de vida que lleva.

Para la realización del mismo se le entrega al niño las dos hojas correspondientes a la escala.

➤ **Dibujo de la Familia:**

El dibujo de la familia es un test gráfico proyectivo, evalúa como se percibe subjetivamente la dinámica familiar, y como el niño se excluye o incluye en el sistema familiar, sus deseos, temores, inseguridad, celos, rivalidad, sentimientos de inferioridad, etc. Permite develar la comunicación, los vínculos y las alianzas del niño con los otros integrantes de la familia y obtener material significativo respecto de la dinámica familiar. (Hammer, 1999)

Se basa en la premisa de que el dibujo constituye el contenido manifiesto que requiere de una interpretación, dado que se encuentran contenidos latentes en la representación que el niño hace de su familia (Esquivel & Heredia, 1999). Para su interpretación también se toma en consideración el enfoque estructural de Minuchín (1968, citado por Esquivel & Heredia, 1999), quien establece que la familia es una estructura que conforma un sistema abierto. Desde esta perspectiva, la familia funciona como una totalidad, en la que las conductas de los miembros se relacionan entre sí dependiendo, a su vez, los unos de los otros. Asimismo, cada individuo compone un subsistema dentro del sistema familiar

Se le pide al niño que realice un dibujo de una familia haciendo algo.

5.3. Procedimiento:

Se realizaron sesiones semanales de cuarenta y cinco minutos en consultorios externos, trabajándose con el niño y con los padres, estos fueron convocados cada vez que la psicóloga a cargo del caso lo creyó pertinente, tanto para obtener información sobre la conducta de Martín como proveerlos con herramientas terapéuticas que permitieran facilitar una mejor relación con el niño en su hogar.

En total se llevaron a cabo 26 sesiones, teniendo en cuenta que en medio de estas estuvieron presentes las fiestas de fin de año y vacaciones.

Los datos para la realización del presente trabajo se obtuvieron a través del material recogido en las diferentes instancias evaluativas realizadas al niño.

6. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

6.1 Generalidades

Martín es un niño de 10 años que vive con su madre, una hermanita de 7 años y la nueva pareja de su mamá, el niño tiene un hermano mayor producto de una relación anterior de su madre que vive con los abuelos maternos y cada fines de semana por medio los visita el hijo de la pareja de su madre quien es menor.

El niño va a la escuela jornada completa tiene buen rendimiento, aunque su madre comenta que la maestra dice que el niño tiene conducta provocadora, que le cuesta mantener relación con amigos que estos van y vienen y tiene dificultades en la aceptación de límites apropiados para la convivencia, entre sus pares.

Según su madre, Martín tiene problemas con las figuras de autoridad, no teniendo hábitos de disciplina. Aunque tiene buen rendimiento escolar muestra desinterés en las tareas, no realizando estas en clase y utilizando ese tiempo en molestar a sus compañeros.

6.2 Motivo de Consulta

El tratamiento de Martín comienza en septiembre de 2008. La presentación al Servicio de Psicología Pediátrica un Hospital . fue espontánea la llevo a cabo su mamá, donde hace referencia a los síntomas del niño: angustia, agresividad, conducta provocadora hacia los adultos, en la casa, en la escuela y con sus compañeros asimismo comenta que Martín sufría de crisis asmáticas

La intervención realizada por la autora de este trabajo es a través de una co-participación a través de juegos y toma de test, bajo la supervisión de una psicóloga del servicio, responsable del caso.

6.3 Datos relevantes recabados en la entrevista inicial

La madre del paciente comenta que este hace poco estuvo internado por crisis asmática; que la separación con el padre del niño fue a causa de violencia física hacia su persona y la de Martín, que la familia ha pasado por momentos feos, separaciones, mudanzas, incendio de la casa donde vivían, internación de ella, quedando los niños al cuidado del padre, el niño fue golpeado por su padre y luego abandonado en la casa de un amigo, refiere que ahora esta en pareja nuevamente y que este, trata a Martín como un hijo, comenta que es el que impone las penitencias, que Martín no puede controlar su conducta, esto conlleva a una situación tensionante en la dinámica familiar, y fundamentalmente en la relación de pareja de su mamá causando en ellos un estado de continuas peleas y enojos, especialmente con su hermanita, en cuanto a los adultos, dice que no los respeta mucho por ejemplo a los abuelos maternos.

Dentro de los síntomas descriptos en los trastornos de conducta se pudo observar en Martín:

- Cierta intolerancia a la frustración
- Tendencia a provocar peleas
- Realizar bromas de mal gusto
- Desobediencia a las normas de convivencia, en el hogar y la escuela
- Cierta Melancolía

7. ANÁLISIS DEL CASO

7.1 Evaluación diagnóstica

El Test de Bender Infantil:

Indicadores Emocionales

- Repaso de las figuras y las líneas
- Aumento progresivo de tamaño

Estos indicadores están relacionados con agresividad manifiesta e impulsividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting out, asimismo

hay una relación a una baja tolerancia a la frustración y explosividad, que es lo que frecuentemente le sucede a Martín.

El diagnóstico de madurez psicomotora da término medio.

Persona bajo la lluvia:

Indicadores

- Presión muy fuerte
- Repaso de líneas.
- Transparencias
- Paraguas muy grande respecto al tamaño de la persona dibujada.
- Nubes
- Mango de paraguas remarcado

Se puede inferir a través de los indicadores un alto monto de ansiedad y un bajo nivel de tolerancia a la frustración, cierto nivel de agresividad y tendencias auto agresivas o tal vez dolencias psicosomáticas, como asimismo una excesiva protección y defensa al medio y al entorno, denotan estos indicadores angustia y preocupación frente al cuerpo, poco criterio, necesidad de aferrarse a algo, aunque no sepa si ello le sirve como defensa. También se puede inferir cierta conducta actuadora.

El H-T-P (casa-árbol-persona):

Indicadores

- Dibujo rígido.
- Puerta pequeña en relación al tamaño de la casa.
- La falta de la chimenea.
- No presencia de raíces.
- Frutos en el árbol
- Énfasis en las líneas periféricas de la cabeza.

El dibujo sugiere cierta rigidez, lo cual es un indicador que Martín posee conflictos profundos frente a los cuales mantiene un control rígido y a menudo

endeble, sugiere grandes esfuerzos por mantener el control frente a las fantasías perturbadoras o frente a la ideación obsesiva.

Se puede pensar que Martín tiene cierta reticencia a establecer contacto con el ambiente con alejamiento del intercambio interpersonal por temor a las relaciones interpersonales.

Escala de Autoconcepto:

Interpretación y uso de la escala:

Para una interpretación completa y las consideraciones sobre la posible validez se requieren efectuar los siguientes análisis:

- a) Distorsiones deliberadas
- b) Tendencia a la aquiescencia
- c) Respuestas al azar

En el caso de Martín dio un puntaje total superior a 1.5 lo cual determinó la invalidez del mismo.

Test de la Familia Kinética:

Indicadores

- Diferencia de Tamaño
- Tipo de postura (frente/perfil)
- Grado de Kinesia (activo/pasivo)
- Detalles asignados
- Secuencia

En primera instancia Martín dibuja a su madre y a la pareja de esta acostados en una cama durmiendo, el hombre esta de espaldas y la mujer de frente, hacia la derecha dibuja a su hermana, la figura es la de mayor tamaño, la niña esta bailando y luce de perfil, en la parte inferior de la hoja, Martín se dibuja el mismo, el tamaño es el más pequeño de todo el dibujo, dice que esta mirando televisión, pero esta de espaldas al aparato.

Lo que se observa de esta situación es la distancia entre los integrantes de la familia, la falta de comunicación como también la falta de interacción entre todos, no hay acciones conjuntas ni complementarias, dice el niño estar mirando TV. pero hay

que tener en cuenta que una de las penitencias puestas por la pareja de su madre fue suspenderle la TV. por varios meses. Se puede observar que la hermana es importante para él, dado la acción que está realizando como el tamaño de la misma, con respecto al lugar de la madre en primer termino, se puede pensar que ese es un lugar de privilegio pero la postura no lo indica.

Los gráficos realizados expresan que Martín denota contacto con la realidad, que posee una excesiva protección y defensa, por lo tanto una reticencia a establecer contacto con el medio ambiente por temores sobre daños que puedan venir desde afuera. Presencia en el dibujo de tendencias de agresividad e impulsividad como así mismo baja tolerancia a la frustración, conducta actuadora y angustia y preocupación frente al cuerpo. Sensación de desvalorización con respecto a la ubicación dentro de la familia, se lo puede ver como observador en el contexto familiar.

7.2 Diagnóstico Diferencial

A partir de las observaciones durante las sesiones, del análisis de las técnicas de evaluación utilizadas (H.T.P., Test de la Persona bajo la lluvia, Escala de Autoconcepto, Bender) y la detección de ciertos indicadores, es difuso corroborar en Martín los criterios del Trastorno de Conducta Negativista Desafiante. Si, se pudo verificar la presencia de los síntomas conductuales y emocionales recurrentes en los trastornos negativistas desafiantes como el desafío hostil a figuras de autoridad, ejemplo hacia su madre, la pareja de esta y sus abuelos maternos, en líneas generales el niño tuvo siempre una actitud de colaboración, no mostrando ninguna dificultad ante las consignas; durante los test proyectivos prefería estar en silencio, se lo veía concentrado en lo que hacía, luego no se negaba a responder las preguntas que se le formulaban, Martín lloró en sesión toda vez que aparecían situaciones que él tomara como injustas en su casa, pero es necesario tener en cuenta que muchas veces este tipo de trastornos hostiles se da en el ámbito familiar y no en la escuela u otros sitios donde el niño despliega sus interacciones, los síntomas del trastorno pueden ser más evidentes entonces en las relaciones con los adultos o conocidos a quienes el niño conoce muy bien por lo que hay que ser cuidadoso en el diagnóstico ya que puede no manifestarse en la exploración clínica. El informe escolar tampoco

mostró que Martín tuviera un comportamiento hostil, verbal o físico, (pero si marca una situación acaecida recientemente), por lo que no se pudo comprobar un deterioro significativo en la actividad académica y social en el ámbito escolar.

Surge pensar entonces en un trastorno de comportamiento perturbador no especificado, este incluye trastornos caracterizados por un comportamiento negativista desafiante que no cumple los criterios del trastorno disocial ni del trastorno negativista desafiante, incluyendo cuadros clínicos que no cumplen todos los criterios ni del trastorno negativista desafiante ni del trastorno disocial, pero en los que se observa un deterioro clínicamente significativo, apatía, falta de aseo personal, desprolijidad.

Otro diferencial de diagnóstico a tener en cuenta es el trastorno explosivo intermitente, este se encuentra dentro de la categoría de los trastornos del control de los impulsos, siendo la característica del mismo el fracaso a la hora de resistir los impulsos agresivos e incluye amenazas, romper o herir intencionalmente; estos episodios pueden estar asociados a síntomas afectivos como irritabilidad o rabia y pensamientos que aparecen con rapidez durante los impulsos y las conductas, como también un estado de ánimo deprimido después de las conductas agresivas, sintiendo arrepentimiento sincero después del estallido, esto dicho por Martín cuando se le preguntaba sobre lo que sentía después de sus “enojos”. La única vez que se lo pudo ver con una actitud agresiva fue luego de terminada la sesión N° 6, en los pasillos del hospital y la tuvo con su hermana, otras actitudes que denotaron baja tolerancia, cuando la psicóloga a cargo le hacía alguna observación acerca de la necesidad de tomarse un tiempo para realizar lo que el niño tenía pensado, el ejemplo más práctico fue cuando se le dijo que debía esperar para hacer la rifa para comprarse un teléfono celular. (Ver sesiones).

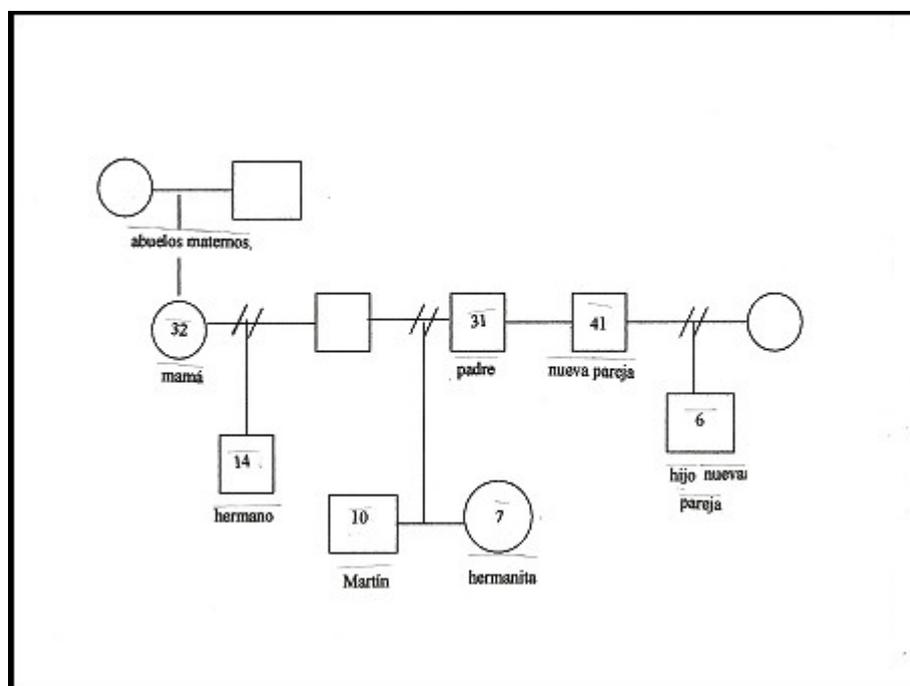
En términos generales desde el punto de vista descriptivo, Martín se mostró bien predispuesto a realizar las actividades propuestas a lo largo del tratamiento

Considerando la superposición de los síntomas en el niño fue necesario estar muy atento aún después de realizado el primer diagnóstico.

Por lo tanto la evaluación determina que aunque Martín cumple con algunos de los criterios de diagnóstico que corresponden a un Trastorno Negativista

Desafiante puede decirse que no son suficientes, como tampoco son suficientes los criterios de un Comportamiento Perturbador no especificado ni de un Trastorno Explosivo intermitente. Lo que si surge de la evaluación como una situación importante a tener en cuenta es la disfunción en la familia del niño, y como se ha dicho anteriormente la disfunción familiar es considerada como uno de los factores de riesgo en el desarrollo de los desordenes de la conducta disruptiva y esto es condición necesaria a tener en cuenta para el seguimiento del tratamiento.

Genograma



8. TRATAMIENTO

En la terapia cognitiva todos los elementos que intervienen en la conceptualización del caso están interrelacionados. Las variables relacionadas con el procesamiento de la información son fundamentales. Según el modelo cognitivo, los patrones de conducta de un niño son respuestas aprendidas determinadas por factores ambientales, intrapersonales, interpersonales y biológicos. Además, las conductas

manifiestas dentro de un contexto cultural concreto y en el marco de un determinado nivel de desarrollo.

Según Digiuseppe, Tafrate y Eckhardt, (1994, citado en Friedberg & McClure, 2005), los niños y adolescentes que presentan trastornos de conducta no suelen estar motivados para cambiar cuando llegan a la terapia, lo habitual es que quieran que cambien los demás.

El modelo de intervención utilizara aportes de los modelos sistémicos, cognitivos y conductuales. Los objetivos de la psicoterapia cognitiva son la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales a través de la psicoeducación.

Entre las técnicas usuales y de eficacia en los tratamientos con niños podemos citar:

- ✚ Diálogos con el niño
- ✚ Hora de juego
- ✚ Dibujos libres
- ✚ Técnicas de Relajación
- ✚ Cuentos terapéuticos

SESIONES 1 A 4

Sesión	Temáticas	Técnicas utilizadas	Objetivos
1	Martín denota buena predisposición para entablar el diálogo. Dice: “vengo porque estoy algo loquito”, cuenta que es bastante “quilombero” que carga a sus compañeros , que se lleva muy mal con su hermana pero bien con su hermano mayor, quien vive con la abuela materna, dice que no le gusta ningún deporte pero si los juegos de concentración, trajo su carpeta de plástica para mostrar.	Interrogatorio: Psicoeducación.	Objetivos: de la sesión inicial: Crear confianza y rapport. Instruir al niño respecto a su trastorno. Recabar información adicional
2	En esta sesión Martín comenta que esta haciendo una rifa para poder comprarse un celular aunque su padrastro le ha dicho que hasta que no cumpla los 12 años no puede tener uno; cuando se le reconoce como buena la	Resignificación: A partir de la refocalización y la reorientación	Se sigue con el plan de afianzar el rapport Mostrar la diferencia

	<p>idea de ahorrar, pero que respecto a la rifa hay que ajustar algunas cosas, se nota un cambio en su actitud, dejó de sonreír, luego comenta que en la escuela le siguen pegando pero es porque el se aburre y carga a sus compañeros , cuenta que tuvo una mala actitud ya que le gritó a su mamá y empujó a su abuelo, que a pesar de haber pedido perdón y que con su abuelo está todo bien tiene suspendida la televisión hasta fin de año, cuando relata esto comienza a llorar, se lo nota angustiado y dice que se lleva mal con el padrastro, que es quién pone las penitencias, se le sugiere hablar con la madre y su pareja sobre esto, el niño se niega.</p>	<p>Tarea para el hogar:</p> <p>Se le presta un juego de cartas para que lleve a su casa y al colegio para jugar con sus compañeros.</p>	<p>entre lo que se siente y lo que se piensa.</p>
<p>3</p>	<p>Se hace referencia a las penitencias y se le comenta que se citó a los padres para la próxima semana</p>	<p>Se continúa trabajando sobre las emociones.</p> <p>Las sesiones se van complementando con juegos de mesa (juego de cartas, palitos chinos, a Martín le gusta mucho jugar a los palitos chinos.</p>	<p>Determinar que eventos situacionales conducen a la activación de la cólera</p>

--	--	--	--

4	Nos cuenta que el fin de semana discutió con la mamá, aunque no recuerda el motivo, le dijo a su mamá que va a tener que esperar para que le pida perdón porque aún no está preparado para hacerlo, a la pareja de su madre le pidió perdón pero este le dijo que no lo perdonaba.	Se comienza la administración de los test. Se le toma el test HTP	Evaluación: El test de la Casa, el Árbol y la Persona.
---	--	--	---

La conformación de un vínculo terapéutico facilita la intervención y la puesta en marcha de una intervención cuyas características responde al tratamiento del diagnóstico presuntivo.

Se logró un buen rapport con Martín, se creó un espacio donde él tiene confianza y puede contar aquellas cosas que le duelen o lo enojan, al niño se lo notaba siempre dispuesto ante las consignas, dando información sobre sí, lo que acontecía en su casa, de sus conductas “enojosas”, y del arrepentimiento que sentía luego, el niño sabe que viene al hospital “porque esta medio loquito”, tras lo cual se intervino comenzando a trabajar sobre las cogniciones, las creencias y las emociones de Martín.

En la terapia del juego cognitivo-conductual, el terapeuta tiene un papel activo, estas están orientados hacia objetivos concretos, e intentan modificar pensamientos, emociones y patrones de conductas problemáticos a través del juego (Knell, 1993, citado en Friedberg & McClure, 2005).

Las emociones de los niños son determinadas por la forma en que interpretan sus experiencias, por lo cual resulta fundamental que sus puntos de vista sean considerados un elemento central a lo largo del tratamiento. A esos modos de interpretar las situaciones se los denomina pensamientos automáticos; son pensamientos que surgen en la conciencia de los niños en diversas situaciones al experimentar algún cambio en el estado de ánimo (Friedberg & McClure, 2005).

De acuerdo con Beck (1997, citado en Beck, J. 2000), el terapeuta debe intervenir a nivel cognitivo-conductual a fin de poder ejercer su influencia en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal que refuerzan la patología.

SESIONES 5 A 9

Sesión	Temáticas	Técnicas utilizadas	Objetivos
5	El niño esta parco, no tiene muchas ganas de hablar. Cuando la madre lo retira nos comenta que el niño tiene encopresis.	Jugamos a los palitos chinos, y luego se le administra el test Familia Kinética. Se lleva una planilla de Prescripción de síntomas.	Evaluación: El test de la Familia Kinetica
6	No trajo la planilla, no recuerda que días controló y cuales no, sólo recuerda que había días en rojo y 4 amarillos	Se le administró el Bender y se le da una nueva planilla de prescripción de síntomas	Evaluación: Bender
7,8	Martín comenta que el padre había quedado en venirlos a buscar el domingo a las 10.30Hs., llegó media hora antes y como ellos todavía no	Se le administró la Escala de Autoconcepto. Se trató de vincular	Evaluación: Escala de Autoconcepto

	estaban preparados, no quiso esperar y se fue, según el niño esto no lo enojó “ya pasó” dice. Comenta de sus peleas con su hermana y que la maestra lo felicitó en el acto de la escuela porque estaba mejor que al inicio del año. Se lo nota distraído, mirando a un punto en el espacio, su aspecto es desprolijo y con falta de aseo.	sus reacciones emocionales en situaciones específicas con los nombres correspondientes: Enojo, Tristeza. Trajo la planilla de prescripción de síntomas	
9	El niño llegó muy enojado con su hermana, y con su madre porque antes de venir había tenido que pasar por la fonoaudiología y el no estaba enterado que tenía que ir, nadie le había comentado. Se hablo sobre esto y también sobre la encopresis cosa de la que no le gusta hablar, lo mismo que de su higiene personal, se puso a llorar y no se quería ir del consultorio, se fue muy enojado con todos.	Psicoeducación: Sobre algunos de los síntomas de referencia.	Aumento de conductas deseables y reducción o eliminación de las indeseables.

En las sesiones antes mencionadas, se ha utilizado como principal herramienta de intervención a la Psicoeducación, siendo la misma un medio utilizado en la terapia cognitivo-conductual, a través del juego se va instruyendo al niño y a la familia con elementos para afrontar las distintas situaciones en el que el niño y su familias no sabe como actuar ante un momento de ira.

Con la sintomatología de encopresis, se trabajó con prescripción de síntoma de planilla para controlar el mismo, esta consiste en una planilla diaria donde según su día de control se le agrega una carita sonriente o triste.

La actitud del niño ha cambiado en las últimas sesiones, se lo nota distraído y desganado ante cualquier pregunta no queriendo responder.

Lazarus (1991, citado en Friedberg & McClure, 2005) sostiene que la mejor síntesis de lo que provoca la ira en el ser humano es una degradante ofensa hacia sí o lo suyo. Se puede decir entonces que si la culpa es de uno mismo, la ira será con uno mismo y si la culpa es de otros la ira será contra ese otro.

Puede pensarse aquí el disgusto de Martín cuando su madre comenta de la encopresis y luego el haberlo llevado a la fonoaudióloga sin avisarle.

Ellis (1997); (Kassinove (1995); Lazarus (1991) (citado en Friedberg & McClure, 2005), en sus investigaciones han podido identificar que una de los principales factores que favorecen la reacción de violencia es: La interpretación del hecho como descalificador de uno mismo, como humillante, como señal de ser despreciado o no valorado por el otro, ser tomado por incapaz, no querible o sin importancia

SESIONES 10 A 12

Sesión	Temáticas	Técnicas utilizadas	Objetivos
10	Se habla con Martín sobre el control de la Planilla. Se lo nota desganado, no muy participativo	Se alentó al diálogo jugando a los palitos chinos. Se toma el test PBLL.	Evaluación: Test de la Persona bajo la lluvia
11	Estuvo contento y participativo, cuenta que actúa en la escuela de Ángel Gabriel, recita de memoria su parte y cuenta que es elegido como escolta de la bandera bonaerense. Trajo su cuaderno de foniatría, pero	Psicoeducación: Registro de pensamientos Se trabaja sobre las	Reducir pensamientos negativos. Estado de ánimo.

	este día no fue debido a que tuvo que ir a hacer un examen de aptitud física para comenzar en una colonia de vacaciones. Cuenta que el papá lo vino buscar y fueron junto a su hermana a pasar el día con él, relata que tuvo una situación de enojo como la última vez que estuvo acá pero que la maestra y unos compañeros lo sostuvieron, dice que después de esos enojos y broncas él no siente nada.	emociones: Alegría. Enojo. Se trabaja sobre imagen corporal: Aspecto físico, cuidado y la higiene personal.	Como me veo, como me ven los otros.
12	No vino.		

En las sesiones mencionadas, se siguió trabajando con psicoeducación, se noto cierto cambio positivo en la actitud de Martín, se lo noto asimismo más contento.

Para Camerini (2005) la importancia de abordar la ira se fundamenta en el hecho que la misma genera siempre trastornos fisiológicos, tanto si se manifiesta por medio de una conducta agresiva como si no por lo que si bien evitar una conducta agresiva permite una mejor adaptación social esto no evitaría otras consecuencias perjudiciales para el sujeto de la ira.

Una estrategia útil es alentar al diálogo, es una táctica eficaz, con preguntas abiertas y siendo lo más específico posible para animar al niño a hablar, pero también que pueda aprender a escuchar. (Goldstein & Keller, 1991)

Barkley (1999, citado en Friedberg & McClure, 2005), dice que muchas veces los padres ignoran las conductas positivas de sus hijos y atienden exclusivamente sus conductas negativas, lo cual suele ser agotador, recurriendo entonces al castigo o las amenazas, dando como resultado el deterioro de la relación entre padres e hijos.

SESIONES 13 A 16

Sesión	Temáticas	Técnicas utilizadas	Objetivos
13	Se hace referencia a la relación con su hermana, sobre los peligros de golpear y las consecuencias de su impulsividad, se le pregunta si hay cosas que le pasan que quiera comentar y nos dice que no quiere hablar.	Psicoeducación: Hora de juego: se juega al mentiroso. Se cita a la madre para la próxima sesión	Investigar los pensamientos que mantienen el enojo.
14	Entrevista con la madre. Refiere que cuando Martín se enoja se encierra en el baño, en cuanto a la encopresis dice que el niño desde los 5 años no controla, esto no fue dicho al inicio sino luego de comenzar el tratamiento, también manifiesta que Martín es sonámbulo, que tiene pesadillas y que de pequeño tuvo convulsiones febriles cosa que se repitió el año pasado.	Psicoeducación: se trabajo con la madre brindándole orientación. Se sugiere nuevo control pediátrico, con neurólogo infantil y foniatría ya que de esta última tiene turnos pendientes	Aumentar el nivel de refuerzo positivo que posibilite combatir el ambiente tenso y hostil de la familia
	En toda la sesión se hablo de	Juegos con cartas.	Encontrar una manera de

15	La relación con la hermana.	Control de prescripción de síntoma.	solucionar los conflictos con la hermana, entender que lo enoja y tratar de mantener la solución que haya logrado.
16	Se suma la hermana a las sesiones, esta se muestra contenta, participativa respetando las reglas, con Martín se hablo sobre sus visitas pendientes al médico.	Cambio de estrategia terapéutica Trabajo en arcilla. Pintura en tempera	Observación de interacción entre los hermanos

La estrategia terapéutica en cuanto a la inclusión de la hermana de Martín, consistió en la observación de los hermanos, en la interacción entre ellos y la trama vincular, y cual es el lugar que el niño ocupa en esa familia o tal vez que él cree ocupar.

Barkley y otros (1999, citado en Friedberg & McClure, 2005), describen patrones de interacción familiar que fomentan trastornos de conducta y describen los procesos que aparecen en estas familias, en primer lugar, dicen hay un bajo refuerzo a cualquier tipo de obediencia, esto es que los padres ignoran las conductas positivas de sus hijos y atienden exclusivamente a las conductas negativas, también señalan que los padres y los niños se guardan rencor los unos a los otros y que esto hace que se levante una barrera de procesamiento de información que bloquea la capacidad de cada miembro de la familia para ver conductas positivas en el otro.

SESIONES 17 A 26

Sesión	Temáticas	Técnicas utilizadas	Objetivos
17,18, 19,20	Retoman las sesiones luego de las vacaciones de verano. Se habla de la relación de Martín con su maestra y sus compañeros.	Actividad: “Cosas que me disgustan, cosas que me gustan”. (ver anexo Págs. 65, 66)	Relación entre pensamiento, emoción y conducta
21	Cancelación de turno		
22	Observación de la relación en el juego, de momento se pueden organizar y otros en el que se aburren y se fastidian, teniendo poca tolerancia a la frustración	Actividad: Juego el Mentiroso. Próxima sesión con la madre. Se reitera el pedido del informe de la maestra de Martín.	Transformar la queja en problema
23	No vinieron		
24	Se realiza entrevista con la madre. La mamá trae el informe de la maestra del niño.	Psicoeducación: Puesta de límites y comportamiento de la familia. Refuerzo de la competencia familiar.	Asegurarse que la orden dada por la madre sea con autenticidad, sin descalificación malicia o sarcasmo
	La niña relata que su hermano le dijo que “la iba a coger”, a ella y al hijo de la pareja de su madre y que durante el cumpleaños de la niña, Martín simuló estar	Actividad: se trabajó con el Memo test. A partir de la próxima semana se volverá a trabajar solamente con	Acción directa sobre las relaciones al detectar la disfuncionalidad

25	borracho y comento que él “espiaba” a su hermana y también a su madre cuando esta tenia relaciones sexuales.	Martín. .Se le sugiere a la madre hablar con el niño cuando este más tranquilo respecto al comentario de su hermana.	
26	Se habla sobre la relación del niño con la pareja de su madre y los castigos	Se trabajo con planilla de prescripción	Diferenciar entre estar enojado y comportarse de manera agresiva

El informe escolar no hace referencia a actitudes agresivas del niño anteriormente, justamente el día que la docente realiza el informe acontece una situación. (Ver anexo).

En el transcurso de las sesiones Martín ha tenido mejoras significativas, el síntoma de la encopresis lo ha podido controlar y durante el periodo de tratamiento se fueron observando evoluciones en su comportamiento, aunque luego de las vacaciones se debió cambiar nuevamente de estrategia, cabe indicar que el trabajo terapéutico debe ser acompañado de compromiso y responsabilidad por parte de los adultos responsable de los menores, luego de la sesión donde los niños comienzan a hacer comentarios sobre situaciones que tienen que ver con la sexualidad, los niños no vuelven al consultorio. Martín no regresó hasta el momento

9. CONCLUSIÓN

El presente trabajo surge a partir de la descripción del caso clínico de un niño de 10 años, que es llevado al Servicio de Psicología Pediátrica de un Hospital

Público por su madre, en forma espontánea y reforzada por la escuela, aduciendo que el niño tiene mal comportamiento en el ámbito familiar y educativo, aunque Martín no tiene dificultades académicas, la mamá hace referencia a "no saber más que hacer"

En relación al análisis del caso, se establecen las siguientes consideraciones : se logró entablar una relación de empatía entre el niño y la terapeuta, lo cual contribuyó a que el niño presentara una actitud de colaboración y se mostrara bien predispuesto al serle administradas las distintas técnicas de evaluación, asimismo las técnicas de tratamiento aplicadas (Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones, usando caritas dibujadas, Identificación de los pensamientos automáticos, "estoy medio loquito" , Reconocimiento de la relación entre pensamiento y emoción) resultaron efectivas ya que permitieron cambios en su conducta, de las entrevistas con la madre se logró obtener cierta información acerca del niño y de la relación de este con el resto de la familia, en cuanto al síntoma de encopresis remitió luego de algunas sesiones y con ayuda de tratamiento dietario por parte del pediatra.

La conceptualización del caso empieza partiendo del problema manifiesto, el modelo cognitivo trata cinco grupos diferentes de síntomas (psicológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales). Las cuatro variables (historia, desarrollo, contexto cultural, estructuras cognitivas, antecedentes y consecuencias conductuales) que rodean estos problemas nucleares están interrelacionadas e influyen las unas en las otras. En relación a lo mencionado y tomando la influencia de la familia en la conducta del niño, es posible tener en cuenta que cuando se habla de familia no es solamente referirse a la unión legal entre un hombre y una mujer, para toda la vida, tener hijos y educarlos, es una concepción más amplia dónde se contemplan los vínculos afectivos, consanguíneos y cohabitacionales.

La organización familiar resulta el contexto pertinente, aquello que debe ser focalizado para comprender al sujeto y su comportamiento.

La conducta del sujeto al ser esencialmente relacional, solo puede ser descifrada en la red de relaciones, de vínculos en la que emerge y se configura. Por último es imposible el análisis de una familia sin tener en cuenta sus condiciones concretas de existencia en cuanto perteneciente a una sociedad y a una época

determinada, de la cual la familia se transforma en mediadora de los valores sociales vigentes que vehiculizan concepciones del mundo, del hombre y del orden social entre dicha sociedad y los individuos que la conforman, las familias se complicaron hoy, cuando se le pide a un niño que dibuje una familia hay que darle una hoja de gran tamaño y dejarlo que interrumpa cuando le parezca, las relaciones que puede dibujar son vínculos difíciles de definir.

Es necesario seguir trabajando en prevención en salud mental, pero también es cierto lo que dice el dicho popular, “el camino del infierno está plagado de buenas intenciones”, son menester los trabajos de investigación que permitan identificar los factores de riesgo asociados a la psicopatología del niño y el adolescente, esto podría ser uno de los objetivos prioritarios de una investigación. Giusti, Helou y Abadi (2004) hacen referencia que a pesar de la cantidad de literatura que revela la importancia del funcionamiento familiar y la necesidad de tenerla en cuenta al momento del abordaje en los tratamientos, no existen en nuestro país estudios referidos al tema, considerando también esta autoras la necesidad de abordajes de interacción recíproca entre las conductas disruptivas y la disfunción familiar.

A través de la experiencia exploratoria llevada a cabo por la Lic. Giusti y equipo, en un Hospital General de la ciudad de Buenos Aires donde se aplicó un modelo de intervención psicosocial cognitivo-conductual con inclusión de padres y dentro de un marco de terapias breves con niños en edad escolar que presentan conducta disruptiva y déficit atencional con o sin hiperactividad, este equipo considera su utilidad como instrumento de prevención de la disfunción familiar, la marginalidad y pobreza, por lo que es necesario seguir generando acciones concretas (como la mencionada) como factores de cambio dentro de la sociedad siendo en este caso la familia una institución básica y por ende de fundamental importancia.

Los hospitales como éste o tantos otros de los que se encuentran en el conurbano bonaerense, como en el resto del país, pueden proporcionar los datos recabados a través de los trabajos de observación y tratamiento que realizan profesionales de la salud mental, posibilitando esto generar hipótesis explicativas sobre la etiología de los trastornos infantiles, para poder realizar una detección temprana de los grupos de riesgo, elaborar planes de promoción y prevención en

salud mental, tratando de evitar el desarrollo de patologías más severas o su mantenimiento hasta la etapa adulta, teniendo en cuenta la influencia de algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico o la estructura familiar.

A partir del presente trabajo y de la lectura sobre investigaciones realizadas sobre la temática en otros países se ha visto que, diferentes estudios realizados han encontrado que, un bajo nivel socioeconómico, convivir con un único padre y el fracaso escolar se hallan asociados a los trastornos por conductas perturbadoras (Costello et al., 1988).

Con respecto a la estructura familiar, Kasen, Cohen, Brook, y Hartmark (1996), constataron que la situación familiar postdivorcio ejercía una notable influencia sobre algunos trastornos emocionales; efecto que se mostraba independiente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, pero que variaba en función del sexo.

Por otro lado, los estudios previos, revisados por Kasen et al. (1996), Kopp y McIntosh (1997) y Roseby y Wallerstein (1997), indican que los niños expuestos a las condiciones estresantes que rodean el divorcio de los padres sufren importantes desajustes psicológicos y déficits de aprendizaje.

Otros hallazgos, han señalado que: cuanto más graves son los problemas psicopatológicos paternos, mayor es la probabilidad de que los hijos manifiesten alguno de los trastornos contenidos en el DSM-IV (Kashani, Beck y Burk, 1987), que la presencia de sociopatía parental en los primeros años de vida del niño eleva el riesgo de comportamientos perturbadores (negativismo desafiante y trastorno disocial).

Por su parte, Webster-Stratton (1985), encontró que los niños que presentan problemas de comportamiento en los primeros años de vida son más proclives a desarrollar algún trastorno de conducta, unos años más tarde.

Por lo tanto es importante que los niños puedan reconocer que pierden el control y que necesitan ayuda para aprender a controlar sus impulsos. Una terapia psicológica cognitivo-conductual puede ayudarles a lograr el control de sus impulsos y a transformar esa intensa ira en emociones más controlables y adecuadas, teniendo

en cuenta que los patrones de pensamiento o distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta las intervenciones psicoeducativas pueden mejorar la sintomatología.

Cuando una sociedad mira al futuro, lo primero que debe tener en cuenta es la niñez, y todas las formas posibles de dar las condiciones básicas necesarias para su sano crecimiento, físico y mental.

Cuando se habla de pobreza, generalmente esto se centra en la pobreza material, se puede inferir que no solamente esta afecta la conducta sino que también la carencia de afecto atraviesa la conducta, son múltiples los hechos donde el compromiso de los adultos tampoco funciona.

Con respecto a Martín son muchas las situaciones por las que el niño atraviesa en este momento, y la sintomatología descrita es lo suficientemente difusa como para caratularlo, se ha visto que las que formas ligeras de diagnosticar, de indicar una patología, sirve muchas veces a los adultos para no responsabilizarse de cuestiones que únicamente los atañen, es necesario destacar el rol fundamental del ambiente, no es una cuestión menor respecto de los trastornos de conducta el aspecto sociológico.

Como propuestas de estrategias terapéuticas que se podrían haber seguido considero que hubiera sido posible:

- Indicar tareas para la casa, más precisas y específicas en relación a su conducta agresiva, con el objetivo de que el niño ponga en práctica las habilidades aprendidas durante la sesión en situaciones de su vida cotidiana.
- Las técnicas de exposición podrían haber resultado efectivas para que el niño aprenda a registrar los pensamientos y emociones que experimenta como también enseñar estrategias de afrontamiento apropiadas.
- Otra estrategia, la utilización de técnicas de psicodrama, (Rol-playing, Maximizar, Espejo, Doble), estas ofrecen la posibilidad de jugar los roles que habitualmente se desempeñan en el seno de la familia, explorando todas las variantes así como la oportunidad de optar por otra diferente que pueden surgir en la dinámica de la acción dramática, permiten la aplicación

al trabajo clínico y preventivo y forman parte en el encuadre de terapias breves.

Posiblemente el tratamiento podría haber resultado aún más eficaz de haber propuesto y llevado a cabo estrategias e intervenciones con un diagnóstico más ajustado, utilizando las técnicas de evaluación desde la primer sesión, estas se comenzaron a efectuar a partir de la cuarta sesión, siendo asimismo conveniente el uso de otro tipo de técnicas de evaluación acorde a la sintomatología, entre ellas la Achenbach Child Checklist, la cual consiste en una lista de adjetivos sobre el comportamiento del niño y los ítem se puntúan en una escala de 0 a 2, señalándose hasta que punto el niño presenta el trastorno de la conducta; otra posibilidad es el Eyberg Child Behavior, este es un cuestionario también para el comportamiento del niño que evalúa los patrones de conducta perturbadoras, (citado en Friedberg & McClure, 2005), y no solamente las estándares que son las comúnmente utilizadas en el servicio, también podrían haberse realizado más encuentros con la familia, incluyendo a los abuelos y su hermano, a los fines de contribuir en el tratamiento desde una participación activa, realizando así aportes para la mejora del niño. Aunque algunas de las intervenciones en el tratamiento por momentos no hallan sido las más indicadas, es menester destacar que aún aquellas que entraron en el plano de las inespecíficas son también importantes en cuanto al afianzamiento del rapport, confianza y escucha que el niño sintió que obtenía en las sesiones, de hecho siempre entró al consultorio con buena disposición y las veces que no vino, fue porque la madre no lo pudo traer. El tratamiento de Martín no concluyó, ya que no volvió al consultorio.

Finalizando esta conclusión, en lo personal, la realización de este trabajo fue muy enriquecedor, y con la intención de resaltar la importancia de la formación profesional en la Salud Mental, promoviendo y facilitando la difusión de información sobre trastornos de conducta en la población general, se cita a Fernández Álvarez (1992) cuando dice que es bueno creer, que se puede seguir creando y produciendo conocimiento en el campo de la psicoterapia, que se puede seguir siendo artesanos amasando lenguajes de la experiencia cotidiana, trabajando estilos e inventando nuevos signos para hablar de otra manera sobre aquellas cosas que siempre se han dicho, trabajar

con el ser humano es una fuente inagotable de certezas que se derrumban y si los trabajadores del campo de la salud mental no se posicionan como artesanos creadores involucrados en “amasar” lenguajes cotidianos (Martín nos muestra mucho de esto, podría llegar a pensarse que el niño es una crónica de acontecimientos anunciados), poco se ha aprendido de sí mismo, como seres humanos, en ese intento de ser cada día más humanos, como dijera la Dra. Casullo (1996), el hombre necesita construirse a sí mismo como actor, convirtiéndose así mismo en sujeto de una sociedad culturalmente compleja, y es ahí donde la psicología debe estudiar este sujeto como emergente de su realidad y la sociedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic statistical manual of mental disorders IV*. Madrid: Masson

Bandura, A. & Walters Richard H. (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (10a Ed.). Madrid: Alianza Editorial.

- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe. Citado en:
Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Barkley, R. A, Benton, C.M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Barcelona: Paidós. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Barkley, Russell (1998). Trastorno de Comportamiento.
www.help4adhd.org/es/treatment/coexisting/WWK5B?format=print. Recuperado 3 /10/09
- Batenson, Gregory (1969) *Espíritu y Naturaleza*. Ed. Amorrortu.
- Batenson, Gregory (1982) *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Ed. Lolhe.
- Beck, Judith (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Bender, L. (1987). *El test giestaltico visomotor*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Bunge, E.; Gomar, M.; Mandil, J. (2008) *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Ed. Akadia. Buenos Aires.
- Camerini, Julio O. (2005) *Introducción a la Terapia Cognitiva. Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Ed. C.A.T.R.E.C. Buenos Aires.
- Casullo, M.M. (1990). *El Autoconcepto*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Casullo, M.M. (1996) *Evaluación Psicológica y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Catálogos 1996. Serie materiales de Cátedra.
- Cetecic- Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias
www.cognitivoconductual.org/articulos/porqtcc.htm. Recuperado el 4/10/09

- Chazenbalk, Liliana (1998) *Psicología cognitiva. Enfoque teórico –práctico*. Ed. Ediciones culturales universitarias argentinas. Buenos Aires.
- Erickson, E. (2000) *El ciclo vital completado*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Esquivel, F. & Heredia, L. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual moderno.
- Fernández, Álvarez H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Friedberg R. D. & McClure J. M. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y Adolescentes*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Gergen, Kenneth J., (1992). *El Yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Gimeno, A. (1999). *La Familia: El desafío de la diversidad*. Ed. Ariel Psicología, Barcelona.
- Giusti, Eleonora, Helou Sabrina, Abadi Andrea. (2004). *Hijos que tienen déficit de atención*. Ed. por Universidad de Palermo. Buenos Aires.
- Goldstein Arnold P. y Keller Harold R. (1991). *El Comportamiento Agresivo. Evaluación e intervención*. Biblioteca de Psicología. Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao.
- Gracia Fuster, E. (2000). *Psicología Social de la Familia*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Hammer, E. (1999). *Test proyectivos gráficos*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Haley, J. (1988) *Terapia No Convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erikson, “El Ciclo Vital de la Familia”*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Maturana, Humberto y Von Foerster, Heinz, (1988) Conferencia en Buenos Aires.
- Minuchin, Salvador (1992) *Familias y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Minuchin, S.; Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós

Nezu, Arthur M., Nezu Christine M., Lombardo Elizabeth (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Ed. El manual moderno. México.

Oblitas, Luis; Contreras, Arturo (2005). *Terapia cognitivo conductual: Teoría práctica*. www.librosdepsicologia.com/product_details.php?... Recuperado 17/10/09

Pichón-Riviere, Enrique (1985) *Teoría del Vínculo*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Querol, S.M & Chaves Paz, M.I. (2000). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Rogoff, Bárbara (1993) *Aprendices del pensamiento*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Rotter, J.R. (1982). *The development and application of social learning theory*. Nueva York: Praeger. Citado en: Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

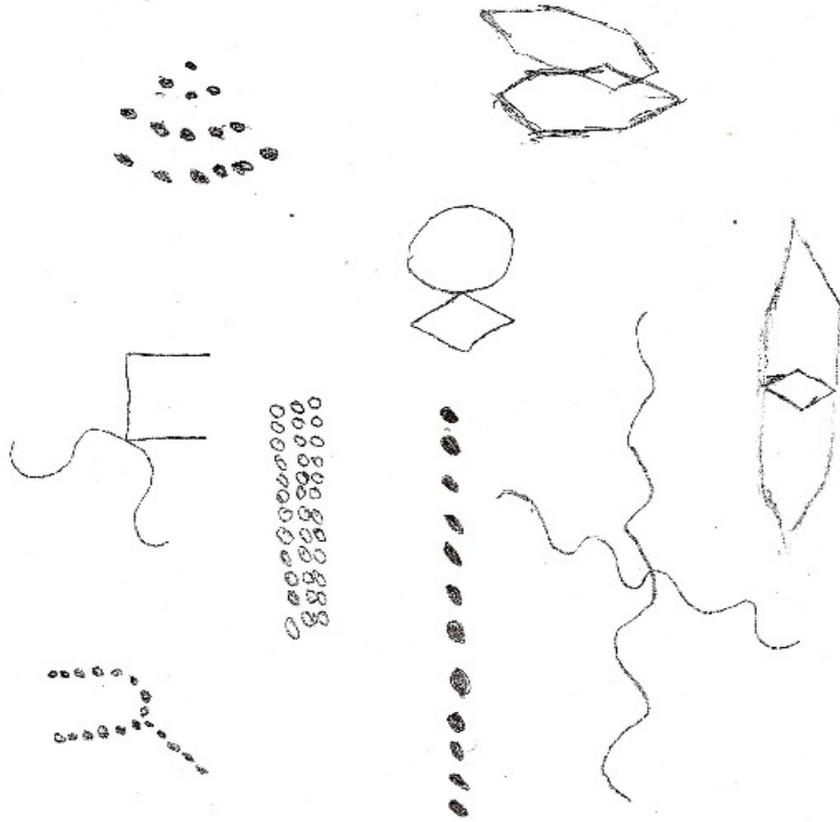
Satir, Virginia. (1999) *Las relaciones humanas en el núcleo familiar*. Ed. Mexicana

Steinglass, Peter. (1999) *La Familia Alcohólica*. Ed. Gedisa, Barcelona.

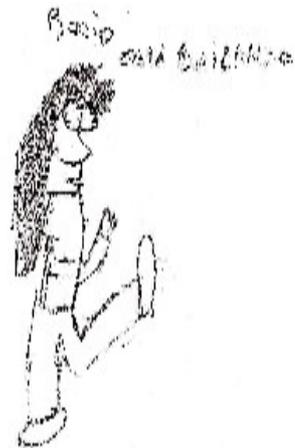
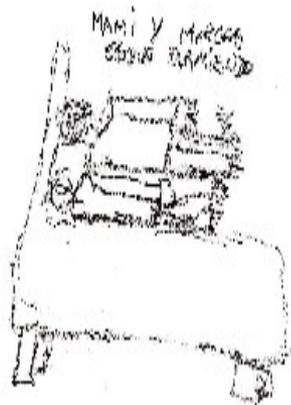
Watzlawick, Paul, Beavin Janet, Jackson Don (1976) *Teoría de la comunicación humana* Ed. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires

ANEXOS

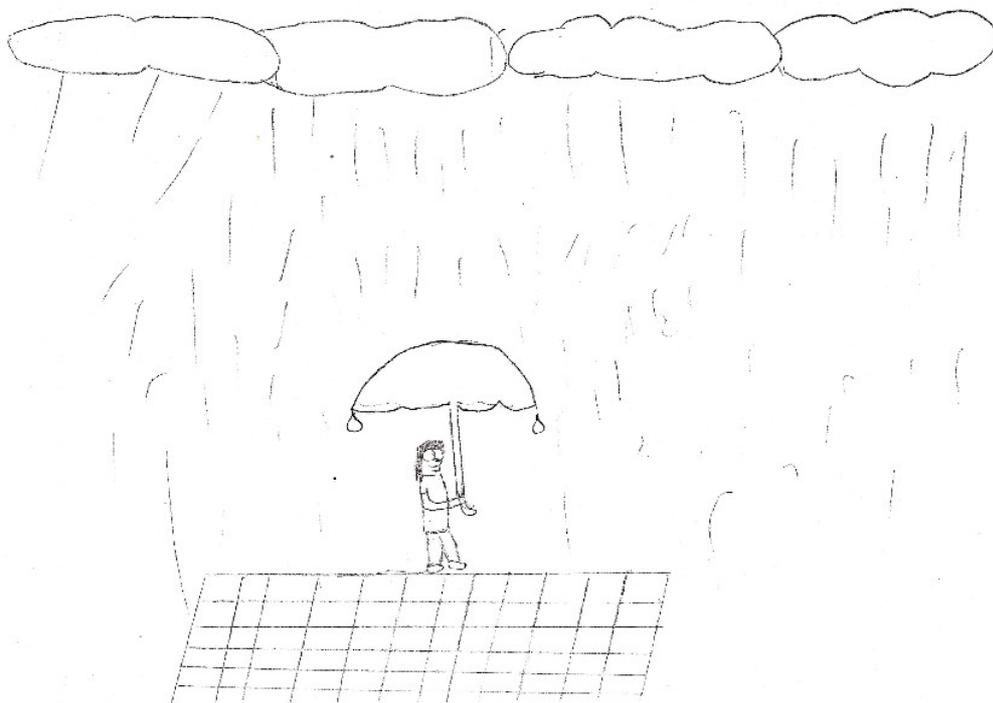
BENDER



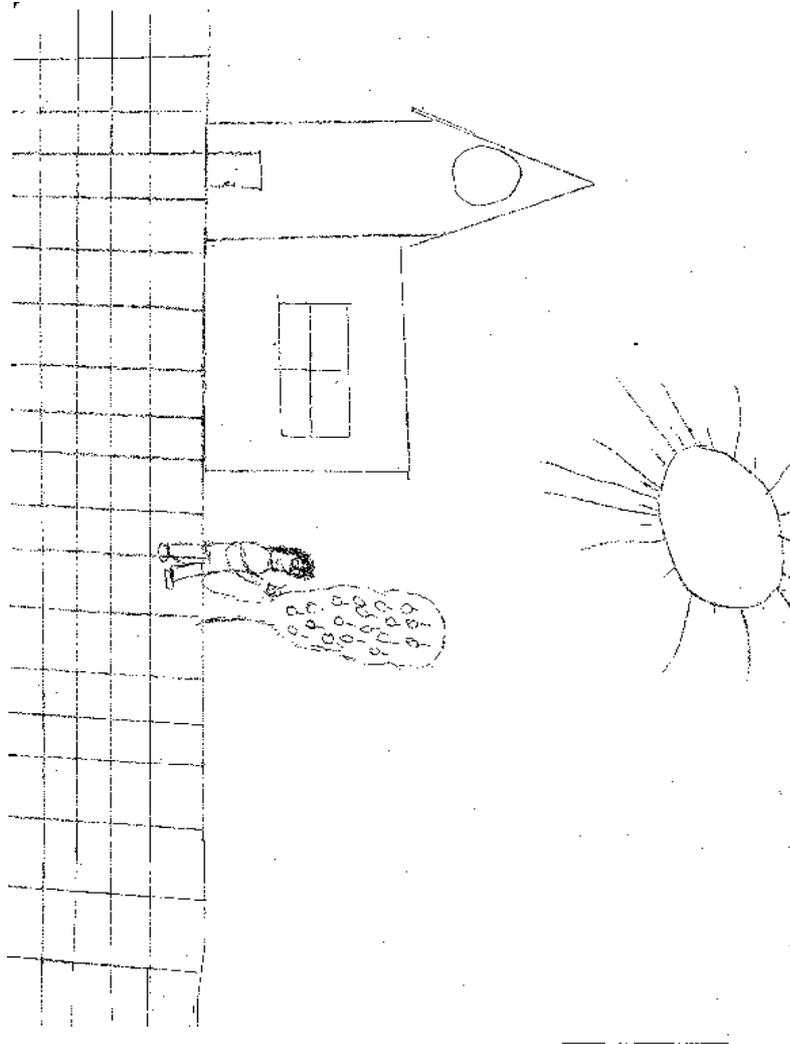
FAMILIA KINÉTICA



PERSONA BAJO LA LLUVIA



Casa –Árbol-Persona HTP



.INFORME ESCOLAR

Dirección General de Cultura y Educación
Escuela N° 29
 Primaria "Coronel de Marina Tomás Espora"

17/04/09

El alumno trabaja en clase es obediente, cariñoso y respetuoso. Hasta ahora no se había observado ninguna agresión, ni falta de respeto. Pero hoy durante el recreo, reacciona de forma violenta y agresiva cuando se le sustrajo una bola, que según el había encontrado cuando venía a la escuela. En ese ataque de llanto manifiesta que nadie en su casa lo golpea. En cuanto a los pedagógicos Alan es un muy buen alumno, muy inteligente. participa en clase, en general cumple con los pedidos solo debe mejorar la prolijidad de su carpeta, hace un par de semanas que esto más desprolija que de costumbre.

Sto. Cejas
 Docente 6° A
 4-768-3562

Rep. Co. Int. 2357 - Vta. Piedad - Teléfono: 4755-2107 - e-mail: eg0298@yahoo.com.ar - Graf. San Martín
 Pte. 134 Buenos Aires - Imp. Argentina

1

TAREAS

10/05

- (-)
- Poder el reloj de Suero.
 - Piel con Ruido
 - poder con mones

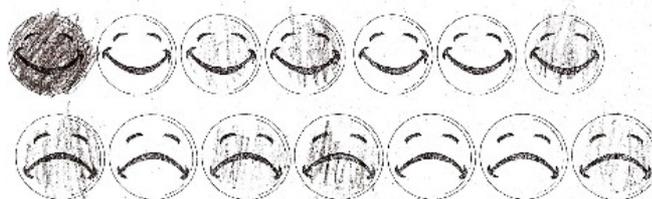
- (+)
- (Semana)
- ⊕ ordeno la ropa
 - ⊕ hizo los lavos.
 - ⊕ hizo los campos de fútbol
 - ⊕ hizo los lucidos.
 - ⊕ perdidos a suero
 - ⊕ perdidos a sueros.

Grupos

- con el papel porque no lo ve tan seguido.
- con Ruido porque lo molesta.
- con sueros.
- con Brain (el tino) porque lo jodi Brains

11/2/08 - Semana del día 01/12 al 08/12

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO



COSAS QUE ME DISGUSTAN

-
- UN CAIRO SIEMPRE SE ABE EL FACILERO DE LA CLASE
 - MI MAMA LOS DOMINICANOS SE LA PASA SUERRIENDO
 - MARCOS AVECES ME TRATA MAL
 - NO ME GUSTA QUE CONTAMINEN EL AGUA
 - MI PAPA TAMBIEN ME TRATA MAL
 - NO ME GUSTA DIBUJAR
 - NO ME GUSTA LEER
 - NO ME GUSTA EXPLICAR

COSAS QUE ME GUSTAN

- TENER UNA DILETA GRANDE RIN
- COMER MUCHO HELADO
- IR A LA PLAYA
- ALQUILAR UN DEPARTAMENTO EN LA PLAYA
- QUE MI PAPA ME VISITE TODOS LOS DIAS
- NO LER
- TRABAJAR DE ~~BAJETA~~ MILITAR